

# Rekomendacje Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym (2 grudnia 2011)

Polish Gynecological Society – Ultrasound Section Guidelines on  
ultrasound screening in uncomplicated pregnancy (2 December 2011)

## I. Wprowadzenie

Na spotkaniu Zarządu Sekcji Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego z zaproszonymi ekspertami dokonano aktualizacji standardów i rekomendacji Sekcji USG PTG w zakresie diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym oraz wypracowano zasady uzyskiwania i wydawania certyfikatów Sekcji USG PTG, zgodnie z zaleceniami towarzystw europejskich i światowych, ISUOG.

**Zespół ekspertów pracował pod kierownictwem  
dr hab. med. Marka Pietrygi – Przewodniczącego  
Sekcji USG PTG, w składzie:**

**dr hab. n. med. Dariusz Borowski** (Warszawa)

Zarząd Sekcji USG PTG

**prof. dr hab. n. med. Jacek Brązert** (Poznań)

Zarząd Sekcji USG PTG

**prof. dr hab. n. med. Artur Czekierdowski** (Lublin)

Zarząd Sekcji USG PTG

**prof. dr hab. n. med. Mariusz Dubiel** (Bydgoszcz)

Zarząd Sekcji USG PTG

**dr n. med. Rafał Iciek** (Poznań)

Sekretarz Sekcji USG PTG

**dr hab. n. med. Piotr Kaczmarek** (Łódź)

Przewodniczący Sekcji Terapii Płodu PTG

**dr hab. n. med. Marek Pietryga** (Poznań)

Przewodniczący Sekcji USG PTG

**prof. dr hab. n. med. Ryszard Poręba** (Tychy)

Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

**prof. dr hab. n. med. Stanisław Radowski** (Warszawa)

Konsultant Krajowy

**dr hab. med. n. Mariola Ropacka-Lesiak** (Poznań)

Zarząd Sekcji USG PTG

**prof. dr hab. n. med. Piotr Sieroszewski** (Łódź)

Przewodniczący Sekcji Dydaktyki PTG

**prof. dr hab. n. med. Krzysztof Sodowski** (Ruda Śląska)

**prof. dr hab. n. med. Krzysztof Szaflik** (Łódź)

Zarząd Sekcji USG PTG

**dr hab. n. med. Piotr Węgrzyn** (Warszawa)

**prof. dr hab. n. med. Mirosław Wielgoś** (Warszawa)

Przewodniczący Sekcji Perinatologii PTG

Sekcja Ultrasonografii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego jest organizacją promującą rozwój badań obrazowych w diagnostyce położniczo-ginekologicznej, wspomagającą proces edukacyjny w aspekcie klinicznym wykonywania w/w. badań.

Rekomendacje mają na celu uporządkowanie oraz wypracowanie schematu wykonywania badań ultrasonograficznych w ciąży o przebiegu prawidłowym, zgodnego ze standardami towarzystw międzynarodowych m.in. Międzynarodowego Towarzystwa Ultrasonografii w Ginekologii i Położnictwie (ISUOG 2010), Amerykańskiego Kolegium Ginekologów i Położników (ACOG) oraz Fundacji Medycyny Płodowej (FMF UK).

Badanie ultrasonograficzne jest podstawowym badaniem diagnostycznym w przebiegu ciąży. Zgodnie z Standardami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie prowadzenia ciąży o przebiegu prawidłowym, badanie to powinno być wykonywane wszystkim ciążarnym, co najmniej 3 razy w trakcie trwania ciąży. W zależności od tygodnia ciąży, w którym badanie jest wykonywane, jego zakres jest różny. Należy wyraźnie podkreślić, że w trosce o bezpieczeństwo oraz najwyższą jakość wykonywanych świadczeń – badanie ultrasonograficzne powinno być wykonywane ze ściśle określonych wskazań lekarskich, przez osoby posiadające uprawnienia i kwalifikacje do jego wykonywania, potwierdzone odpowiednimi dokumentami wydawanymi przez organizacje krajowe oraz międzynarodowe.

## II. Uwagi ogólne

### 1. Jaki jest cel wykonywania badań ultrasonograficznych w ciąży?

Podstawowym celem badań ultrasonograficznych w ciąży jest zminimalizowanie ryzyka wystąpienia niekorzystnych wyników położniczych, mogących wystąpić na skutek nierozpoznania wady u płodu.

Zadaniem lekarza wykonującego badanie przesiewowe jest niezwłoczne skierowanie ciężarnej do ośrodka referencyjnego w każdym przypadku wątpliwości diagnostycznych lub podejrzenia nieprawidłowego rozwoju płodu.

Rekomendacje Sekcji Ultrasonografii PTG w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym.

Inny jest cel badania w I trymestrze ciąży w odróżnieniu od II i III trymestru. Niezależnie od okresu ciąży, w którym badanie jest wykonywane, ciężarna poddawana badaniu powinna otrzymać od lekarza pełną i zrozumiałą dla niej informację o uzyskanym wyniku.

## 2. U kogo powinno być wykonane badanie ultrasonograficzne?

Ultrasonograficzne badanie przesiewowe powinno być wykonane u wszystkich ciężarnych.

## 3. Czy badanie ultrasonograficzne jest bezpieczne?

W chwili obecnej nie istnieją badania, których wyniki sugerowałyby, że badanie ultrasonograficzne wpływa niekorzystnie na rozwój płodu.

Wykonując to badanie należy kierować się zasadą minimalnej ekspozycji i czasu badania pozwalającego na kompletne wykonanie procedury – zasada ALARA (*As Low As Reasonably Achievable* – tak długo jak jest to niezbędne).

## 4. Jakie minimalne wymagania powinien spełniać sprzęt ultrasonograficzny?

Aparat ultrasonograficzny w diagnostyce położniczo-ginekologicznej powinien być wyposażony: prezentację 2D w czasie rzeczywistym, co najmniej 128-stopniową skalę szarości, powinien mieć możliwość pomiaru odległości (co najmniej dwóch pomiarów), obwodu i pola powierzchni oraz program położniczy.

Ponadto powinien być wyposażony w 2 rodzaje głowic: przezbrzuszną typu *convex* (sektor) o częstotliwości 3,5-5,0 MHz, dopochwową typu *convex* (sektor) o częstotliwości 4,0-7,5 MHz z możliwością dokumentacji fotograficznej i elektronicznej. Cennym uzupełnieniem funkcji aparatu ultrasonograficznego jest funkcja kolorowego Dopplera.

## 5. Co powinien zawierać wynik badania ultrasonograficznego?

Wynik badania ultrasonograficznego w formie tekstowej powinien zawierać następujące dane:

- imię, nazwisko, datę urodzenia lub PESEL pacjentki,
- miejsce i datę badania, imię i nazwisko wykonującego badanie,
- informację dotyczącą nazwy aparatu ultrasonograficznego oraz rodzaju i częstotliwości głowic,
- data ostatniej miesiączki (OM) i tydzień ciąży według OM,
- Odstępstwa od stanu prawidłowego w badaniu i wszelkie inne niepokojące objawy zdiagnozowane podczas badania, powinny być udokumentowane w wyniku.
- W razie niemożności wykonania kompletnego badania (np. z powodu otyłości ciężarnej, niekorzystnego ułożenia płodu czy innych trudności technicznych) – należy to odnotować i wskazać dalsze postępowanie.
- Informując ciężarną, rodziców o wyniku badania ultrasonograficznego, należy zwrócić uwagę na ograniczenia tej metody, nie pozwalające na 100% określenie prawidłowego rozwoju płodu.

## 6. Jak powinna być przechowywana dokumentacja z wykonywanych badań?

Kopie wyniku badania ultrasonograficznego powinny być przechowywane w dokumentacji lekarskiej. Zalecane jest przechowywanie dokumentacji fotograficznej standardowych projekcji płodu (wymienionych w dalszej części Rekomendacji) z badań w poszczególnych trymestrach ciąży (3 badania) w formie fotograficznej lub elektronicznej. Jeżeli jest to możliwe, zaleca się także przechowywanie ruchomych wideoklipów, w przypadku stwierdzonych nieprawidłowości.

## Badanie ultrasonograficzne przed 10 tygodniem ciąży

Badanie ultrasonograficzne w tym okresie ciąży powinno być wykonywane sondą dopochwową.

Celem badania ultrasonograficznego przed 10. tygodniem ciąży jest:

- Uwidocznienie i lokalizacja jaja płodowego** – potwierdzenie obecności ciąży wewnątrzmacicznej i wykluczenie ciąży ektopowej,
- Ocena obecności pęcherzyka ciążowego** – pomiar pęcherzyka ciążowego (GS – średnia z 3 wymiarów), położenie w jamie macicy, liczbę pęcherzyków ciążowych i ich kształtu (okrągły, spłaszczony, regularność zarysów),
- Ocena obecności zarodka** – obecność (tak/nie), pomiar CRL, obecności czynności serca FHR (przy CRL powyżej 6 mm – określenie wieku ciążowego),
- Ocena liczby zarodków, kosmówek i owodni,**
- Ocena pęcherzyka żółtkowego (Yolk Sac – YS)** – obecność YS (tak/nie), opis ewentualnych nieprawidłowości YS (kształt, echogeniczność),
- Ocena narządu rodnego** – macicy wraz z szyjką (kształt regularny, nieregularny), budowa (prawidłowa, nieprawidłowa – wady, mięśniaki), wielkość (prawidłowa, powiększona), lokalizacja i budowa przydatków.

## Badanie ultrasonograficzne pomiędzy 11–13<sup>+6</sup> tygodniem ciąży

Celem badania ultrasonograficznego wykonywanego pomiędzy 11-13+6 tygodniem ciąży jest wstępna ocena anatomii płodu oraz markerów aberracji chromosomowych.

Każda nieprawidłowość bądź wątpliwość w badaniu pomiędzy 11-13+6 tygodniu ciąży powinna stanowić wskazanie do badania płodu w ośrodku referencyjnym.

### I. Podstawowe badanie obejmuje:

#### 1. Szczegółową ocenę struktury jaja płodowego obejmuje następujące elementy:

- liczba pęcherzyków ciążowych** i płodów w jamie macicy
- ocena czynności serca płodu (FHR)**
- pomiary biometryczne:** długość ciemieniowo-siedzeniowa (CRL), wymiar dwuciemieniowy (BPD)
- ocena anatomii płodu:**
  - czaszka – kształt, sierp mózgu, spłoty naczyńkowe komór bocznych,

Rekomendacje Sekcji Ultrasonografii PTG w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym.

- ściany powłok jamy brzusznej – uwidocznienie przyczepu pępowiny,
- żołądek,
- serce płodu – lokalizacja, oś i czynność serca,
- pęcherz moczowy,
- kręgosłup,
- kończyny górne i dolne,
- ocena kosmówkowości w ciąży mnogiej,

**2. Ocenę ryzyka wystąpienia najczęstszych aberracji chromosomowych (trisomii 13, 18, 21)** przy długości ciemieniowo-siedzeniowej płodu (CRL) 45–84 mm. Wśród markerów ultrasonograficznych wyróżnia się:

- a. Czynność serca płodu** (FHR – *Fetal Heart Rate*)
- b. Przezierność karku płodu** (NT – *Nuchal Translucency*)

Zasady badania NT u płodu wg FMF:

- a. Powiększenie obrazu** – głowa i 1/3 klatki piersiowej płodu
- b. Neutralna pozycja głowy płodu** – brak nadmiernego przygięcia lub odgięcia
- c. Pozycja płodu** – przekrój strzałkowy płodu
- d. Błona owodniowa** – należy starannie odróżnić owodnię od skóry płodu
- e. Pomiar NT** – w najszerszym miejscu, znaczniki „od wewnątrz do wewnątrz”, ramię poziome znacznika równoległe do skóry płodu

## II. Badanie rozszerzone obejmuje:

- badanie podstawowe,
- dodatkowe markery aberracji chromosomowych:
- a. Kość nosowa u płodu** (NB – *Nasal Bone*)
- b. Przepływ w przewodzie żylnym** (DV – *Ductus Venosus*)
- c. Przepływ przez zastawkę trójdzielną** (TR – *Tricuspid Regurgitation*)

- d. „małe markery”** – torbiel splotu pajęczynówki, poszerzenie miedniczek nerkowych, ognisko hyperecho-genne w sercu, hyperecho-genne jelito
- kalkulację ryzyka wystąpienia aberracji chromosomowych opartych na wywiadzie FHR markerów aberracji w połączeniu z markerami biochemicznymi (testem podwójnym – PAPP-A i wolna podjednostka  $\beta$ -hCG).

## Badanie ultrasonograficzne w 18–22. oraz 28–32 tygodniu ciąży – ocena rozwoju płodu

Celem badania ultrasonograficznego w 18–22. oraz 28–32. tygodniu ciąży jest szczegółowa ocena narządów płodu pod kątem występowania wad wrodzonych (ocena „anatomii płodu”). Ponadto badanie ma na celu określenie przybliżonej masy płodu i wieku ciążowego (jeśli nie był określony w I trymestrze ciąży), na podstawie parametrów biometrycznych.

Warto podkreślić, że zarówno mnogość jak i osobnicza zmienność parametrów (BPD, HC, AC, FL, HL) na podstawie których wiek ciążowy może być określony powoduje, że dokładność szacunkowa tej metody, w tym okresie ciąży może być obarczona błędem. W pierwszej połowie II trymestru, na podstawie pomiaru BPD i FL można oszacować wiek ciążowy z dokładnością  $\pm 7$ ,  $\pm 10$  dni. W III trymestrze ciąży przeciętny rozrzut szacunkowej oceny wieku ciążowego (ocena wieloparametrowa) wynosi  $\pm 3$  tygodnie.

**Biometria**, określenie szacunkowej masy płodu i wieku ciążowego – pomiar na podstawie parametrów biometrycznych:

- wymiaru dwuciemieniowego główki płodu (BPD – *Bi- Parietal Diameter*),
- obwodu główki płodu (HC – *Head Circumference*),
- obwodu brzucha płodu (AC – *Abdominal Circumference*),

**Tabela 1.**  
Rekomendowana ocena płodu w II trymestrze ciąży (18–22 tydzień ciąży)

Głowa	Ciągłość czaszki Jama przegrody przezroczystej Sierp mózgu Wzgórze Komory boczne mózgu Mózdzek Zbiornik wielki	Brzuch	Żołądek w prawidłowym położeniu Jelita nie poszerzone Obecne obie nerki Pęcherz moczowy Przyczep pępowiny
Twarz	Oczodoły obecne Profil twarzy Usta Górna warga, ciągłość	Szkielet	Brak defektów (przekrój poprzeczny i podłużny) Kończyny górne i dolne
Szyja	Brak mas patologicznych (wodniak szyi)	Łożysko	Położenie Dodatkowy płat Inne patologie
Klatka piersiowa/Serce	Wielkość serca Położenie serca Obecna czynność serca 4 jamy serca Obraz 3 naczyń śródpiersia	Sznur pępowinowy	3 naczynia
		Płyn owodniowy	Indeks płynu owodniowego lub maksymalna kieszonka płynowa
		Płeć	Żeńska lub męska*

\* – opcjonalnie, w zależności od warunków badania i woli pacjentki

Rekomendacje Sekcji Ultrasonografii PTG w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym.

- długości kości udowej (FL – *Femur Length*),
  - opcjonalnie długości kości ramiennej (HL – *Humerus Length*)
- oraz wymiaru poprzecznego mózdzku (TCD – *Transverse Cerebellar Diameter*).

#### Wymiar dwuciemieniowy główki płodu (BPD)

- płaszczyzna pomiaru
  - a. przekrój poprzeczny na wysokości wzgórz,
  - b. kąt insonacji 90°,
  - c. symetryczny obraz półkul mózgowych, niewidoczny mózdzek,
  - d. widoczne echo środkowe z jamą przegrody przezroczystej.

**Obwód główki płodu (HC)** – płaszczyzna pomiaru analogiczna do pomiaru BPD.

#### Obwód brzucha płodu (AC) – płaszczyzna pomiaru

- a. przekrój w płaszczyźnie poprzecznej,
- b. żyła pępowinowa na wysokości zatoki wątrobowej,
- c. widoczna bańka żołądka, nerki niewidoczne.

#### Długość kości udowej płodu (FL) – płaszczyzna pomiaru

- a. pomiar w najdłuższej osi,
- b. kąt insonacji 45-90°.

**Ocena struktur i narządów płodu** – ocena „anatomii” płodu. W tabeli 1 przedstawiono rekomendowane minimum oceny anatomii płodu podczas badania ultrasonograficznego pomiędzy 18-22 t.c.

#### Ocena głowy płodu:

- a. Czaszka** – ocena 4 cech: rozmiar, kształt, ciągłość, echogeniczność kości:

Rozmiar – ocena podczas pomiarów BPD, HC, OFD.

Kształt – owalny, bez ubytków ciągłości – oprócz szwów czaszkowych. Nieprawidłowy kształt (cytryny, truskawki, liścia kończyny) powinien zostać udokumentowany.

Ciągłość – brak defektów kostnych, bez widocznych na zewnątrz struktur mózgowych.

Gęstość mineralna – jednolita, ubytki jedynie w miejscu szwów czaszkowych.

„Nadmiernie” widoczne struktury mózgu płodu mogą nasuwać defekty w mineralizacji kości (np. hypofosfatazja, osteogenesis imperfecta), podobnie jak podatność czaszki na ucisk głowicą przez powłoki brzuszne matki.

- b. Ośrodkowy układ nerwowy płodu** – ocena w co najmniej w trzech płaszczyznach pozwalających na wizualizację integralności OUN – przekomorową, przezwzgórzową oraz przezmózdkową (tylny dół czaszki)

Należy uwidocznzić: komory boczne wraz ze splotami naczyniowymi, jamę przegrody przezroczystej, sierp mózgu, wzgórze, mózdzek i zbiornik wielki.

- c. Twarz płodu** – ocena powinna obejmować kontrolę górnej wargi (ocena w kierunku rozszczepu), ocenę nosa, oczodołów, profilu twarzy

- d. Szyja płodu** – bez mas patologicznych, przestrzeni płynowych i uwypukleń. Ocena obejmuje badanie w kierunku zmian jak wodniak szyi lub potworniak tej okolicy

- e. Klatka piersiowa płodu** – regularny kształt, żebra o prawidłowej krzywiznie, bez deformacji, oba płuca o jednolitej echogenności, bez mas patologicznych, zbiorników płynowych i przesunięcia śródpiersia. Na przekroju strzałkowym widoczna jest hipoechogenna linia (odpowiadająca warstewce płynu pod przeponą), o jednolitej ciągłości, stanowiąca granicę pomiędzy jamą brzuszną i klatką piersiową.

- f. Serce płodu** – zalecane jest takie powiększenie aby obraz serca zajmował 1/2 lub 1/3 obrazu. Badanie podstawowe oraz badanie rozszerzone mają na celu zmaksymalizowanie szans na rozpoznanie wady serca. W tabeli 2 przedstawiono rekomendowane minimum oceny serca płodu (badanie podstawowe i rozszerzone)

- g. Jama brzuszna płodu** – należy ocenić położenie narządów wewnętrznych względem koniuszka serca: **Żołądek** płodu po stronie lewej, nieprawidłowości położenia i kształtu (np. obraz podwójnej bańki) powinny zostać udokumentowane.

**Jelita** powinny znajdować się w jamie brzusznej. Objawy poszerzenia pętli jelitowych powinny zostać udokumentowane.

**Przyczep pępowiny** powinien tworzyć ze ścianą jamy brzusznej obraz litery T. Należy zbadać przyczep pępowiny w kierunku zaburzeń ciągłości przedniej ściany brzucha (przepuklina pępowinowa, wytrzewienie). Liczba naczyń pępowiny powinna zostać określona, optymalnie za pomocą ultrasonografii kodowanej kolorem, uwidoczniając obraz tętnic pępowinowych w okolicy pęcherza moczowego płodu lub na przekroju poprzecznym. Stwierdzenie obecności pojedynczej tętnicy pępowinowej powinno stanowić wskazanie do poszerzenia diagnostyki w ośrodku referencyjnym.

**Nerki** powinny zostać uwidocznione, należy udokumentować poszerzenie układu kielichowo-miedni-czkowego (pomiar w wymiarze AP lub PA na przekroju poprzecznym).

**Pęcherz moczowy** płodu powinien zostać uwidoczniony, należy udokumentować poszerzenie oraz nieprawidłowy kształt (np. obraz „dziurki od klucza” – zastawka cewki tylnej, megacystis).

- h. Kręgosłup płodu** – minimum oceny obejmuje ocenę w płaszczyznach strzałkowej oraz poprzecznej. Rozszczepowi kręgosłupa często towarzyszą zmiany w anatomii OUN płodu (mózdzek – obraz „banana”, zwężenie zbiornika wielkiego). Inne płaszczyzny pomiaru mogą być pomocne w wykrywaniu deformacji np. kręgow lub agenezji krzyżowej.

- i. Kończyny płodu** – minimum oceny obejmuje uwidocznienie kości długich dłoni i stóp.

- j. Ocena łożyska** – minimum oceny obejmuje określenie położenia łożyska oraz relacji do ujścia wewnętrznego szyjki macicy.

Rekomendacje Sekcji Ultrasonografii PTG w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym.

**Tabela 2.**

Rekomendowany zakres oceny serca płodu

**BADANIE PODSTAWOWE (zalecane)**

Uwidocznienie serca w klatce piersiowej

Wielkość serca – około 1/3 klatki piersiowej

Serce przesunięte na stronę lewą kłp

Oś serca –  $45^\circ \pm 20^\circ$

Bez wysięku w osierdziu

Rytm serca – 120-160 uderzeń/min.

Obraz 4 jam serca (4CHV)

Obraz 3 naczyń w śródpierściu (3VV) – pień płucny, aorta, żyła główna górną

**BADANIE ROZSZERZONE** obejmuje:

– badanie podstawowe,

– uwidocznienie dróg wypływu z komór – LVOT – aorta z lewej komory,

RVOT – tętnica płucna z prawej komory,

– uwidocznienie skrzyżowania naczyń w górnym śródpierściu, po wyjściu z odpowiednich komór. LVOT i RVOT o zbliżonej szerokości.

Badanie rozszerzone służy precyzyjnemu rozpoznaniu wad stożka serca – tetralogii Fallota (TOF), przełożenia dużych naczyń (TGA), podwójnego odpływu z prawej komory (DORV), wspólnego pnia tętniczego (TA)

4CHV (4 Chamber View) – obraz 4 jam serca, 3VV (3 Vessel View) – obraz 3 naczyń, LVOT (Left Ventricle Outflow Tract) – odpływ lewej komory, RVOT (Right Ventricle Outflow Tract) – odpływ w prawej komory, TGA (Tetralogy of Fallot) – tetralogia Fallota, DORV (Double Output Right Ventricle) – podwójny odpływ z prawej komory, TA (Truncus Arteriosus) – wspólny pień tętniczy

Należy udokumentować wszelkie nieprawidłowości w strukturze łożyska – przestrzenie płynowe, krwaki i inne masy patologiczne. Ciężarne po zabiegach chirurgicznych na macicy oraz z nisko usadowionym łożyskiem, należy skierować na badanie kontrolne w kierunku łożyska przyrośniętego (badanie w III trymestrze ciąży).

**k. Badanie szyjki macicy, macicy, przydatków** –

w chwili obecnej nie ma dowodów na konieczność rutynowego badania długości szyjki macicy w II trymestrze ciąży w populacji ogólnej. W uzasadnionych klinicznie przypadkach (wzrost ryzyka porodu przedwczesnego), należy używać sondy dopochwowej (pomiar długości szyjki macicy). Wszelkie nieprawidłowe masy w obrębie szyjki, macicy lub przydatków powinny zostać udokumentowane.

**l. Ocena płynu owodniowego** – ilość płynu owodniowego oceniamy za pomocą indeksu płynu – AFI (*Amniotic Fluid Index*) lub największej kieszonki płynowej – MVP (*Maximum Vertical Pocket*).

**m. Badanie płci płodu** – jeśli występują zmiany o charakterze np. wodniaka jąder, niedorozwoju męskich i żeńskich narządów płciowych, przerostu łechtaczki, należy to uwzględnić w opisie badania.

**Zaleca się wydanie pisemnego wyniku co najmniej trzech badań ultrasonograficznych (między 11-14., 18-24. i 28-32. tygodniem ciąży).**



## WYNIK BADANIA ULTRASONOGRAFICZNEGO W 11-13<sup>+6</sup> TYGODNIU CIĄŻY

314

Rekomendacje Sekcji Ultrasonografii PTG w zakresie przesiewowej diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży o przebiegu prawidłowym.

## WYNIK BADANIA ULTRASONOGRAFICZNEGO W 18-22 TYGODNIU CIĄŻY

Pacjent: <input type="checkbox"/> Data urodzenia:..... <input type="checkbox"/> Lekarz kierujący:..... <input type="checkbox"/> Data badania:..... <input type="checkbox"/> Lekarz badający:..... <input type="checkbox"/> Aparat..... <input type="checkbox"/> Sonda.....			Ocena anatomii płodu	prawidłowy	nieprawidłowy	nieuwidocznił
			<b>GŁOWA</b>			
			Kształt			
			Jama przegrody przezroczystej			
			Sierp mózgu			
			Wzgórze			
			Komory boczne			
			Mózdzek			
			Zbiornik wielki			
			<b>TWARZ</b>			
			Oczodoły			
			Profil twarzy			
			Usta			
			Górna warga			
<b>Parametr</b>	<b>mm</b>	<b>tydzień</b>	<b>SZYJA</b>			
<b>BPD</b>			Masy patologiczne			
<b>HC</b>			<b>SERCE</b>			
<b>AC</b>			Czynność serca			
<b>FL</b>			Oś			
<b>HL</b>			Wielkość			
<b>TCD</b>			Obraz 4 jam			
<b>Masa płodu(g)</b>			Obraz 3 naczyń			
<b>ŁOŻYSKO:</b>			Wypływ z lewej komory			
Lokalizacja (ściana).....			Wypływ z prawej komory			
Odległość od UW(mm).....			<b>JAMA BRZUSZNA</b>			
			Żołądek			
<b>PŁYN OWODNIOWY (ilość)</b>			Jelita			
<input type="checkbox"/> prawidłowa <input type="checkbox"/> nieprawidłowa			Nerki			
AFI (cm).....      MVP(cm).....			Pęcherz moczowy			
<b>RUCHY PŁODU</b>			Przyczep pępowiny			
<input type="checkbox"/> prawidłowe <input type="checkbox"/> brak			<b>SZKIELET</b>			
			<b>KOŃCZYN</b>			
<b>POŁOŻENIE PŁODU</b>			Kończyny górne			
podłużne <input type="checkbox"/> główkowe <input type="checkbox"/> miednicowe			Kończyny dolne			
<input type="checkbox"/> poprzeczne						
<input type="checkbox"/> skośne						
<b>KOMENTARZ:</b>						
			<b>ZALECENIA:</b>			